

PROGRAMA DE ASISTENCIA MONETARIA PARA INMIGRANTES (CAPI)

DECLARACION SOBRE GASTOS Y CONTRIBUCIONES DEL HOGAR

NOMBRE DEL SOLICITANTE / BENEFICIARIO		NUMERO DE SEGURO SOCIAL DEL SOLICITANTE	
NOMBRE DEL ESPOSO(A)		NUMERO DE SEGURO SOCIAL DE LA ESPOSA(O)	
DOMICILIO:	NUMERO, CALLE	CIUDAD	ESTADO CODIGO POSTAL
NUMERO DE TELEFONO		NUMERO DE TELEFONO PARA MENSAJES	

PARTE A - ARREGLOS DE VIVIENDA: Declaración del solicitante / beneficiario de CAPI y su esposa(o)

- ¿En qué fecha se cambió a esta dirección? _____
(MES/DIA/AÑO)
- ¿Cuántas personas viven en el hogar? (Cuentese a sí mismo, su esposa(o), hijos y a cualquier otra persona.) _____
- ¿Reciben todos los otros miembros del hogar algún tipo de asistencia pública tal como beneficios del Programa de California de Oportunidades de Trabajo y Responsabilidad hacia los Niños (CalWORKs), Oficina de Asuntos Relacionados con los Indios (Indígenas) de los Estados Unidos de América (BIA), Ingresos Suplementales de Seguridad/Pagos Suplementarios del Estado (SSI/SSP), Pensión para veteranos (VA), Programa de Asistencia Monetaria para Inmigrantes (CAPI), o Asistencia General/Ayuda General (GA/GR)? Sí No
- ¿Es usted (o su esposa[o]) **dueño** de la casa donde vive o la están comprando? Sí No
- ¿Está usted (o su esposa[o]) **rentando** la casa donde vive? Sí No
- ¿Es usted (o alguna persona que vive con usted) el padre/madre o hijo del propietario o la esposa(o) del propietario? Sí No
- a. ¿Le ayuda a usted (o a su esposa[o]) alguna organización o persona que no vive con usted a pagar la comida, renta, hipoteca, seguro de la propiedad, cobros de los servicios públicos y municipales, u otros gastos del hogar? Sí No
Si la respuesta es "Sí", conteste el número 7b.
b. Artículo: _____ Contribuidor: _____ Cantidad mensual: \$ _____
- ¿Compra usted toda su propia comida? Sí No

PARTE B - TOTAL DE LOS GASTOS DEL HOGAR: Gastos pagados por todo el hogar

- a. Por favor anote la cantidad que todo el hogar paga cada mes para los siguientes artículos:
Anote la cantidad total que se paga a nombre de todas las personas que viven en el hogar, incluyéndose a usted mismo, su esposa(o), hijos, y todas las otras personas. Anote la cantidad total mensual de la renta o pago de hipoteca para la casa o departamento, costo de la comida para todos, etc.
Comida (a menos que usted compre su comida por separado): _____ Gas: _____
Renta o pago de hipoteca: _____ Electricidad: _____
Seguro de la propiedad: _____ Agua: _____
Impuestos sobre la propiedad: _____ Alcantarillado: _____
Basura: _____
- b. Si comparte los gastos del hogar con otras personas que viven con usted, anote la cantidad que usted y su esposa(o) contribuye con dinero en efectivo cada mes. \$ _____
- c. ¿En qué fecha empezó a contribuir esta cantidad? _____
(MES/DIA/AÑO)

PARTE C - FIRMA: Si el solicitante / beneficiario de CAPI paga gastos del hogar a otra persona que vive en la misma dirección, o comparte los gastos con una persona que vive en la misma dirección, la otra persona (conocida como el "jefe de familia") tiene que revisar este formulario, verificar que esté correcto, y firmar en la parte de abajo.

Solicitante / beneficiario de CAPI

Declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes del Estado de California que todas las respuestas que he dado y todas las declaraciones en este formulario son verdaderas y correctas según mi leal saber y entender.

FIRMA DEL SOLICITANTE / BENEFICIARIO	FECHA	FIRMA DE LA ESPOSA(O)	FECHA
--------------------------------------	-------	-----------------------	-------

Jefe de familia

Declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes del Estado de California que toda la información mencionada anteriormente relacionada al total de gastos del hogar y las contribuciones en dinero en efectivo del solicitante/beneficiario de CAPI son verdaderas y correctas según mi leal saber y entender.

FIRMA DEL JEFE DE FAMILIA	FECHA	NUMERO DE TELEFONO
---------------------------	-------	--------------------